

Des Dilatations Kystiques Intra - Vésicales
de la
Portion Terminale de l'Urètre

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Samedi 7 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES DE SABLET D'ESTIÈRES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 10 juillet 1887, à Aix (Bouches-du-Rhône)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—
1912

Des Dilatations Kystiques Intra-Vésicales
de la
Portion Terminale de l'Uretère



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 41

Des Dilatations Kystiques Intra-Vésicales

de la

Portion Terminale de l'Urètre

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Samedi 7 Décembre 1912

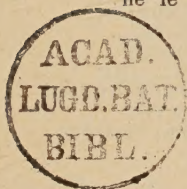
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES DE SABLET D'ESTIÈRES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 10 juillet 1887, à Aix (Bouches-du-Rhône)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
		BARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.		PONCET.
Clinique ophtalmologique.		JABOULAY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FABRE.
Clinique des maladies mentales		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LÉPINE (J.).
Physique médicale		WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique		POLLOSSON (A.).
Chimie organique et toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		X.
Anatomie générale et Histologie		GUIART.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire		LESIEUR.
Médecine expérimentale et comparée		PAVIOT.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène.		COURMONT (P.)
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacologie		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	(El.) MARTIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND.
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.).
GAYET	VORON	THEVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL	LATARJET	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, président ; PONCET, assesseur ; GAYET et THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE MAURICE

A MON FRÈRE PAUL

Nous lui devons d'être ce
que nous sommes ; qu'il reçoive
ici le témoignage de notre
reconnaissance et de notre pro-
fonde affection.

A MA SŒUR ALIX

Elle fut pour nous mieux
qu'une grande sœur. Nous lui
devons de connaître ce que
peuvent être le dévouement et
la douceur d'une mère.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR A. CURET

Conseiller à la Cour de Cassation

Chevalier de la Légion d'honneur

Cet ami de notre père, n'a cessé de témoigner à nous et aux nôtres le plus bienveillant intérêt. Il nous a toujours accueilli avec bonté, il nous donne encore la plus précieuse marque d'estime. Nous ferons tous nos efforts pour nous montrer digne de sa confiance, et nous le prions d'accepter ici l'hommage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Chirurgien Major de l'Antiquaille
Professeur de Clinique Urologique

Il nous fait le grand honneur
de présider notre thèse, nous
le prions d'agréer nos respec-
tueux remerciements.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET

Il nous a inspiré le sujet de
cette thèse; il nous a toujours
accueilli avec la plus grande
bienveillance, il ne nous a
ménagé ni son temps ni ses
conseils. Qu'il soit assuré de
notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

A MON VIEIL AMI

LE DOCTEUR L. TALPAIN

Médecin Aide-Major au 12^e Chasseurs à Cheval

Nous sommes heureux de pouvoir lui rendre, à deux ans de distance, ce témoignage de sincère amitié. L'éloignement ne l'a pas empêché de nous donner de nouvelles preuves de dévouement et de resserrer encore les liens de notre affection.

A NOS AMIS D'ÉCOLE

LES DOCTEURS WELSCH, THIBAUT, TERRACOL
ET DUBRULE

AVANT-PROPOS

Durant notre stage dans le service de M. le Professeur Agrégé Gayet, à l'Antiquaille, nous eûmes l'occasion d'observer une malade, qui, avec les symptômes d'une tuberculose rénale, présentait pour toute lésion organique, une dilatation kystique intravésicale de la portion terminale de l'uretère. Cette affection très rare, à laquelle les plus récents traités d'Urologie ne consacrent que quelques lignes, était doublement intéressante à étudier : au point de vue pathogénique, par la difficulté qu'on rencontre à expliquer le développement de ces dilatations de l'uretère ; au point de vue clinique, par la rareté du diagnostic au lit du malade et les erreurs d'interprétation toujours possibles à l'examen cystoscopique.

Sans avoir la prétention d'avoir résolu le problème, nous espérons donner une idée exacte de la question à l'heure actuelle et faciliter le travail des spécialistes plus compétents, qui voudraient pousser plus avant l'étude de ces raretés pathologiques.

Nous remercions bien vivement M. le Docteur

Rafin, pour l'obligeant accueil qu'il nous réserva dans son service à l'hôpital St-Joseph et l'observation qu'il nous a permis de publier; M. le Docteur Faÿsse, qui a eu l'amabilité de faire une coupe histologique dans la pièce prélevée sur le malade de M. Rafin; M. le Docteur O. Pasteau, de Paris, qui nous a fourni plusieurs observations.

Nous devons à la plume habile de notre camarade le Docteur Rossinès, de pouvoir représenter l'aspect si caractéristique que donnait à l'examen cystoscopique la région urétérale droite de la malade de notre maître, M. le Professeur Agrégé Gayet.

Historique

La première observation de dilatation kystique intravésicale de la portion terminale de l'uretère fut publiée en 1835 par Lechler, sous le titre « Fall einer doppelten Harnblase ». De ces deux vessies, l'une contenue dans l'autre, l'intérieure n'était pas autre chose qu'une dilatation kystique de l'uretère, trouvaille d'autopsie.

Autres trouvailles d'autopsies furent les cas rapportés par Lilienfeld, Förster, Wrany, Bostroem. Mais déjà la tumeur est décrite comme une dilatation de l'uretère.

Geerds voit le premier prolapsus de ces kystes, à travers l'urèthre et fait le diagnostic d'inversion et prolapsus de la vessie ; il reconnaît son erreur à l'autopsie de sa petite malade, morte de péritonite après laparotomie (1887).

Ce cas de prolapsus fut revu par Kolisko, Caillée, et avec étranglement et nécrose de la muqueuse prolabée par Neelsen.

Une étude de Schwartz (1895) sur les abouclements anormaux de l'uretère, nous donne douze cas de dilatations kystiques. Mais c'est Englisch qui, le premier,

en 1898, fit une étude d'ensemble sur ce sujet en réunissant seize cas ; le premier, il a cherché à élucider la constitution et le mode de formation de ces kystes.

Grosplik, en 1901, fait intervenir comme principal facteur pathogénique, l'oblitération et le rétrécissement de l'orifice urétéral, et pratique pour la première fois la résection du sac.

Cohn fit, un des premiers, le diagnostic clinique de cette affection par le cystoscope, dont l'usage, de plus en plus répandu, devait amener la découverte de plus en plus fréquente de ces raretés pathologiques, souvent sans manifestation, ou ne présentant qu'une symptomatologie imprécise.

Les observations cliniques remplacèrent les trouvailles d'autopsies et se multiplièrent, si bien que le docteur O. Pasteau put ajouter, en 1904, cinq cas personnels à ceux déjà publiés par Grosplik, Cohn, Wülf, Siunreich, Casper, Wildbolz.

Le sujet méritait déjà une étude d'ensemble et Borrmann, en 1906, s'attaque à l'anatomie pathologique de cette affection ; il distingue quatre types anatomiques, reproduits dans la thèse du docteur Masaki Okunoto (Breslau, 1908). Masaki ne se préoccupe que de l'anatomie et de la pathogénie de ces formations kystiques, laissant de côté la question clinique et thérapeutique, que de nouvelles observations venaient éclaircir chaque jour.

Depuis 1904, en effet, ont eu lieu les communications de Klose, Adrian, Bosch et van Houëtum, Lejneff et Pietkiewicz.

L'observation de M. le professeur agrégé Gayet a fourni l'idée de ce travail, et nous savons qu'à la dernière session de l'Association française d'Urologie, M. le docteur O. Pasteau a présenté un nouveau cas opéré par la voie eudo-vésicale.

Anatomie Pathologique

L'examen cystoscopique de notre malade révélait une tumeur polypeuse implantée entre le col et la région de la vessie où déboucle normalement l'uretère, dont on ne voyait pas l'orifice. C'est la situation habituelle de ces kystes, logés dans le fond de la vessie, à l'extrémité droite ou gauche du trigone. Leur base repose sur le point d'ouverture de l'uretère, tantôt un peu plus haut, tantôt un peu plus bas. De ce point, ils vont envahir une région plus ou moins grande de la vessie et prendre une situation variable, selon le volume qu'ils peuvent acquérir.

Ce volume oscille depuis une simple voussure à peine appréciable jusqu'à la formation d'un kyste parfois gros comme une cerise, pouvant parfois remplir toute la vessie, comme dans le cas de Lechler.

Uniques le plus souvent, ils se développent de préférence à gauche ; plus rarement, ils sont bilatéraux. Sur trente cas, nous les trouvons seize fois à gauche, sept fois à droite, sept fois bilatéraux. Masaki rencontre, dans une proportion de $1/2$, les dilatations kystiques des deux uretères droit et gauche.

Leur forme dépend du volume. Au premier degré, une simple voussure ; dans les cas moyens, une véritable poche kystique hémisphérique, le plus souvent sacciforme ou ampullaire et régulièrement arrondie, plus rarement cylindrique. Sessiles au début, ils se pédiculisent plus ou moins, prenant d'abord la forme d'un œuf allongé ou d'une poire, à grosse extrémité inférieure. Lorsqu'elle est plus prononcée, cette saillie s'allonge et, suivant le cours de l'urine, pointe vers le col jusqu'à l'orifice de l'urèthre, prenant une forme en entonnoir à sommet inférieur, comme dans un cas de Bostroem et de Lilienfeld.

Le refoulement de la muqueuse peut aller jusqu'au delà du col vésical ; dans les cas de Rott et de Lilienfeld, il atteignait le veru montanum. Enfin, on a pu voir ces dilatations kystiques de l'uretère parcourir tout l'urèthre, chez la femme surtout, à cause des dimensions plus grandes du conduit (Lechler, Geerds, Caillée), et prolaber à l'extérieur (Kolisko). On voit jusqu'à quel degré, la forme et les dimensions de ces kystes peuvent varier.

L'orifice urétéral est souvent invisible, soit qu'il soit absent, complètement oblitéré, soit qu'il soit punctiforme : il peut être alors révélé par la rosée de l'urine, inondant la paroi du kyste et que l'on peut voir sourdre en un point précis, comme dans le cas de M. Gayet. Dans les cas types, il est toujours pour le moins nettement rétréci, situé au sommet du kyste légèrement ombiliqué ; quelquefois caché à la base de la dilatation, entre l'uretère et la vessie (Pasteau).¹

D'autres auteurs le décrivent en forme de fente, ou parfaitement normal de dimensions ; d'autres négligent d'en parler. Sur les trente cas que nous avons pu réunir, nous le trouvons cinq fois complètement oblitéré, douze fois nettement rétréci, quatre fois normal ; les autres observations n'en parlent pas.

Le contenu du kyste est très variable, selon que l'uretère est ouvert ou oblitéré. Dans les cas d'abouchement libre ou seulement rétréci, c'est de l'urine normale ou légèrement trouble, quelquefois nettement infectée, souvent chargée d'oxalates ou d'urates. Notre malade avait des urines généralement troubles, avec un dépôt abondant. Dans les cas d'abouchement en cul-de-sac, le contenu, peu abondant, ne rappelle quelquefois en rien l'urine, que le conduit a dû primitivement renfermer. Dans le cas de Geerds, le liquide est purulent, fétide, modifié par un processus infectieux. Ailleurs, c'est un liquide brunâtre, épais, visqueux et alcalin (Lilienfeld), ou jaune brun (Rott. Tangl).

Enfin, on peut trouver des calculs, comme dans les cas de Pasteau, Casper, Codman, Rafin ; ces calculs ne se rencontrent que dans une proportion relativement faible, six fois sur trente cas.

Nous ne mentionnerons qu'à titre de curiosité la présence de spermatozoïdes (Root), par une anomalie de l'abouchement du canal déférent. Les malformations congénitales sont, en effet, très fréquentes chez les porteurs de dilatations kystiques intravésicales, qui se produisent souvent sur des uretères surnuméraires. Le cas de Root accumule ces anomalies ; chez un homme de 52 ans, mort de phthisie pulmonaire, on

notait une absence complète du rein, du bassin et des vaisseaux rénaux droits ; l'uretère droit commençait au niveau de la quatrième vertèbre lombaire ; à mesure qu'il descendait, il augmentait progressivement de volume, recevait le canal déférent du même côté, et pénétrait, en s'y étranglant, dans la paroi vésicale, en un point à peu près normal. Du côté de la cavité vésicale, une saillie sacciforme de deux centimètres de diamètre et s'étendant par sa base jusqu'au veru montanum. Pas d'orifice vésical dans cette poche, où aboutissait l'uretère.

Doubles uretères à gauche dans les cas de Heller, cité par Schwartz, d'Obici, cité par Masaki ; à droite dans les cas de Lilienfeld, de Neelsen ; des deux côtés dans un cas de Bostroem. Wrany décrit dans son cas d'autopsie un rein gauche avec trois hiles, deux situés au milieu de l'organe, parallèles et séparés par une mince couche de parenchyme, le troisième près du pôle supérieur ; de ce même rein s'échappaient deux uretères, l'un supérieur, l'autre inférieur, et celui-ci un peu au-dessous du rein, se divisait en deux conduits, dont l'un aboutissait à une dilatation kystique intravésicale.

Dans le cas de Rendu, il y avait deux uretères à gauche. Notons que ces anomalies se trouvent le plus souvent à gauche, comme les dilatations kystiques de l'uretère.

Histologie

Au niveau de ces dilatations, la paroi de l'uretère est d'une remarquable minceur ; il semble qu'elle ne soit constituée que par l'adossement des deux muqueuses vésicale et urétérale, et encore amincies par la pression qu'exerce sur elles leur couteau sous l'influence des contractions urétérales. Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit bien de la muqueuse urétérale en dedans et de la muqueuse vésicale en dehors, mais les opinions diffèrent dès qu'il s'agit du tissu interposé.

Tandis que Wrany, Bostroem le considèrent comme uniquement constitué par du tissu conjonctif, Neelsen, Tangl, Burckhardt ont trouvé des fibres musculaires lisses, et Lechler affirme la présence de ces deux tissus ; seulement les fibres musculaires sont tantôt compactes, tantôt clairsemées, et peuvent même disparaître complètement.

Masaki fit un examen histologique à l'éosine hématoxiline. Un morceau de la paroi antérieure du kyste, épais d'un demi millimètre, renferme au milieu d'un tissu conjonctif, tantôt serré, tantôt lâche des traces de tissu élastique et une seule couche de tissu musculaire, dont les fibres sont disposées en long et en travers. Une deuxième coupe faite dans les alentours du kyste avait une épaisseur de 5^m/m 5 et montrait une muqueuse, une sous-muqueuse et une musculeuse

normales dans leur structure comme dans leurs rapports ; et Masaki ajoute qu'il pourrait se limiter là pour tirer des conclusions sur la constitution du kyste, d'après le contraste significatif entre la puissance de la couche musculaire vésicale et l'atrophie des fibres musculaires de la paroi du kyste urétéral. Au lieu des éléments contractiles réunis en gros faisceaux, entrecroisés dans tous les sens on retrouve des fibres musculaires parallèles à la surface convexe du kyste, de plus en plus faibles et qui finissent par disparaître sans laisser de traces dans les kystes de date ancienne. Ces fibres musculaires s'étiolent, semblent se raccourcir, s'amincir, les noyaux sont réduits à de simples bâtonnets.

Si on admet une atrophie primitive de la paroi, la cause du développement du kyste est toute trouvée. Si cette atrophie est secondaire au développement du kyste, dont elle ne serait qu'une conséquence, on ne devrait pas la trouver dans les kystes de formation récente ; de plus elle serait en rapport direct avec le volume du kyste. Or, dans le cas de Lechler, il s'agit d'une fillette de 18 mois, et d'un kyste remplissant toute la vessie ; la paroi en était extrêmement mince, mais présentait une musculature distincte ; il est vrai qu'il y avait oblitération complète de l'orifice urétéral.

M. le docteur Fäysse a fait une coupe dans la paroi de la poche kystique du malade de M. Rafin (obs. VI) et nous avons pu observer avec lui que cette paroi était limitée de part et d'autre par les muqueuses vésicale et urétérale. Entre ces deux muqueuses, un tissu conjonctif lâche, comme œdématisé,

quelques fibres musculaires éparses çà et là, devenant un peu plus nombreuses au voisinage de la vessie, de nombreux vaisseaux à paroi considérablement épaissie, du moins en certains points.

Borrmann explique la variabilité de la puissance musculaire de la paroi kystique par la variété de l'abouchement de l'uretère dans la paroi vésicale, et il distingue quelques types :

Dans un premier groupe, l'uretère traverse directement la paroi vésicale et se termine près sous la muqueuse ; le kyste, petit, fait saillie dans la vessie, formé des deux muqueuses urétérale et vésicale sans fibre musculaire.

Dans un second groupe, l'uretère traverse de même en droite ligne la paroi vésicale, mais il n'atteint pas la muqueuse ; il se termine par un orifice aveugle dans la musculature, qui prend part à la formation de la paroi du kyste.

Dans un troisième groupe, l'uretère arrive au milieu de la muqueuse, qui se sépare en deux feuillets pour recevoir le kyste.

Dans un quatrième groupe, l'uretère se termine dans la musculature encore, mais plus extérieurement ; la musculature se divise encore en deux feuillets, mais le plus faible des deux, le plus extérieur, est rejeté en avant, de sorte que le kyste sera tout à fait sur le côté postérieur de la paroi vésicale.

Dans un dernier groupe, après un court trajet sous-muqueux, l'uretère se termine par un orifice aveugle sous la muqueuse vésicale, il soulève cette dernière et

forme un gros kyste, tout à fait dans l'intérieur de la vessie.

Cette distinction nous paraît bien théorique, et ne répond pas toujours aux faits. D'autre part, nous n'avons pas trouvé comme Masaki des fibres musculaires atrophiés. Il est probable que la rareté de ces fibres dans la paroi du kyste n'est qu'apparente et due à l'écartement de ces fibres sous l'influence de la distension.

Pathogénie

Le point intéressant, savoir le mode de formation de ces kystes, n'est nullement éclairci encore. Nous allons passer en revue les diverses opinions émises, puis nous verrons comment on peut comprendre la question.

La nature de ces dilatations kystiques de l'uretère fut longtemps méconnue. Lechler décrit son cas sous le titre de double vessie. Lilienfeld pensait avoir à faire à une tumeur développée aux dépens d'un débris Wolfien : Du pôle supérieur atrophié du rein droit, possédant un bassinet et un uretère normaux, partait un cordon fibreux, longeant l'uretère normal, et s'insérant un peu au-dessous de lui dans la vessie, où il aboutissait dans une poche triangulaire à sommet sur le veru montanum, et sans orifice ; dans l'intérieur de cette poche, un liquide brun sale, fluide, ne rappelant en rien l'urine. Nous savons aujourd'hui que l'atrophie rénale et urétérale est la conséquence de toutes les hydronéphroses congénitales qui résultent d'un obstacle complet à l'écoulement de l'urine. Dans les cas d'uretères surnuméraires, lorsqu'un de

ces uretères est obstrué, il n'y a que la partie du rein desservie par cet uretère qui s'atrophie, l'autre partie reste saine, normale ou légèrement hypertrophiée. Il est un fait curieux, signalé déjà par certains auteurs, c'est que dans les cas d'uretères doubles, c'est toujours l'uretère supérieur qui s'abouche anormalement, c'est toujours le segment supérieur du rein correspondant qui s'atrophie. C'est le cas de Lilienfeld, observé chez un homme de 65 ans, mort d'une fièvre typhoïde.

Bostroem fait intervenir la direction de l'uretère, qui, traversant obliquement la paroi vésicale, peut être comprimée par une contraction de la musculuse vésicale. Cette opinion est infirmée par ce fait que nous avons des dilatations kystiques avec un uretère traversant en droite ligne la paroi vésicale et dont l'orifice débouche directement sous la muqueuse, sans être entouré de fibres musculaires, ou sous une trop mince couche de tissu contractile pour donner une contraction efficace.

Neelsen admet que, dans les cas où l'uretère débouche dans la périphérie du sphincter vésical, après avoir cheminé un moment sous la muqueuse, une contraction de ce sphincter pourra occlure l'uretère et produire une dilatation kystique.

D'autres auteurs voient dans la partie inférieure de l'uretère, recouverte par la muqueuse de la vessie, une tendance à la dilatation kystique favorisée et provoquée par une autre cause, comme une sténose ou une obstruction. D'après Burckhardt, cette tendance à la formation kystique doit être interprétée comme une malformation primitive, consistant dans un développe-

ment imparfait de la musculature vésicale au débouché des uretères. Il se base sur les irrégularités du calibre de l'uretère rétréci encore au-dessus de l'ampoule intravésicale, sur ce fait aussi que cette ampoule est comprise dans la paroi vésicale, enfin sur la présence constante d'autres malformations de l'arbre génito-urinaire et des autres organes. Tangl fait intervenir aussi une atrophie de la musculature vésicale.

Englisch parle bien du rôle de la sténose ou de l'oblitération de l'orifice urétéral, mais comme causes secondaires à une forme spéciale de maladie, raison d'être première de la formation kystique.

Groschlik, le premier, voit dans la dilatation kystique une conséquence naturelle du rétrécissement ou de l'oblitération de l'uretère à son extrémité terminale. Au-dessus de l'obstacle, l'uretère se dilate, au maximum, en arrière de la vessie, un peu moins dans sa portion comprise entre la muqueuse et la musculature de la vessie, encore moins dans la zone qui traverse la musculature, d'où la forme en sablier de la dilatation. Selon la longueur du trajet urétéral dans la paroi vésicale, la dilatation prendra la forme d'une balle ou d'un cône allongé.

Masaki se base sur les observations des anatomistes allemands qui ont constaté la minceur particulière de la musculature vésicale au niveau de l'ouverture des uretères, ce qui explique la fréquence des diverticules vésicaux en ce point. L'uretère ne prend pas part habituellement à ces diverticules ; mais si c'est la portion même de la paroi vésicale traversée par l'uretère qui se dilate, l'uretère doit se dilater aussi dans sa

portion terminale, car alors, à l'ouverture de cet uretère, n'existe plus la résistance que la musculature vésicale oppose normalement à la pression de l'urine refoulée dans l'uretère.

S'il y a imperforation de l'orifice uretéral, la dilatation kystique est toute formée dans ces conditions. Une telle atrésie n'existe pas le plus souvent, mais il y a un rétrécissement qui ne permet qu'un écoulement insuffisant de l'urine et ainsi s'explique la dilatation de l'uretère au-dessus de la vessie, tandis que son segment intra-pariétal est protégé par la musculature vésicale ; si celle-ci est faible ou si la pression de l'urine atteint un certain degré, ce segment se dilate aussi. Le volume de la dilatation uretérale intra-vésicale dépendra de la longueur de la portion sous-muqueuse de l'uretère, du degré de ses adhérences et du défaut de développement ou de l'atrophie de la musculature vésicale autour de l'orifice uretéral. Ainsi, conclut Masaki, s'éclaircit la genèse des dilatations kystiques intra-vésicales de l'uretère et des hydronéphroses, dès que se trouvent une occlusion ou une sténose de l'orifice uretéral. Or la tendance embryologique des organes en canal à s'oblitérer est bien connue, et on ne peut admettre que ces occlusions épithéliales puissent sauter sous une pression croissante de l'urine ; seul un processus d'usure doit entrer en jeu.

Masaki, reprenant les expériences de A. Töblen, essaie de démontrer qu'une dilatation kystique se forme naturellement à l'extrémité inférieure de l'uretère, s'abouchant, en place normale, dans la vessie, par un orifice oblitéré.

L'expérience porte sur six vessies, deux d'hommes, deux de femmes, deux d'enfants, vessies de cadavres n'ayant subis aucune préparation conservatrice. On lie l'orifice urétéral et on injecte par le bout rénal de l'eau, sous une pression assez forte avec une seringue de 10 gr. pour les adultes, de 5 gr. pour les enfants. Dans tous les cas, sauf chez un enfant de 29 mois, on voit des deux côtés une dilatation croissant avec la pression ; dans un seul cas, chez une femme de 30 ans, cette dilatation diminuait avec la pression. Les parois de ces vessies possédaient une structure normale.

Masaki, admet encore avec Neelsen, que la contraction du sphincter vésical peut oblitérer l'orifice urétéral s'ouvrant, plus bas que normalement, dans la région du trigone, après un cheminement sous-muqueux plus long que d'ordinaire, et causer ainsi la dilatation kystique de cet uretère. Dans l'observation qu'il rapporte, les deux uretères débouchaient dans le trigone, plus bas que normalement ; à gauche, un sac de 3 centimètres de long, sur 2 centimètres de large, avec une ouverture très perméable ; à droite, une dilatation kystique de 1^{cm}5 de diamètre, avec un orifice arrondi plus large que normalement.

Il admet aussi comme possible, une oblitération primitive des orifices urétéraux, avec perméabilité secondaire, due à un travail de résorption.

Comment pouvons-nous actuellement concevoir la pathogénie des dilatations kystiques intra-vésicales de l'uretère ?

Nous avons vu ce qu'il fallait penser du cas de Lilienfeld, et nous rejetons l'hypothèse d'un débris

Wolfien, que nous ne pouvons appuyer sur aucun autre exemple.

Théorie d'une malformation congénitale

On est tout de suite tenté d'envisager les dilatations kystiques de l'uretère, comme une malformation congénitale, quand on pense à toutes les anomalies de l'arbre génito-urinaire, déjà signalées chez les sujets porteurs de ces dilatations.

La première malformation à considérer, sera l'imperforation de l'orifice uretéral. Ces aboutements borgnes des uretères ne sont pas très rares. Le Docteur Carl Schwartz, d'Agram, en rapporte quatre cas chez des monstres, six sur des urétères normaux par ailleurs, huit sur des uretères surnuméraires. Nous en avons trouvé cinq parmi trente observations de dilatations kystiques intra-vésicales. Dans ce cas d'imperforation, la dilatation intra-vésicale de l'uretère, se conçoit facilement, si on admet avec Masaki et Töblen, d'après leurs expériences, la tendance naturelle à la dilatation que présente la portion terminale de l'uretère oblitéré. Si cet uretère ne dépasse pas la musculeuse vésicale, celle-ci résiste plus ou moins à la distension du conduit uretéral, il se forme sur la paroi vésicale une voussure plus ou moins appréciable. Mais si la terminaison de l'uretère se fait immédiatement sous la muqueuse, celle-ci plus souple se laisse facilement repousser, elle proémine et forme une poche kystique dans la grande cavité vésicale.

Il va sans dire que dans un cas d'oblitération complète, la dilatation kystique intra-vésicale, se complique vite d'une deuxième poche extra-vésicale, formée en arrière de la vessie par la dilatation de l'uretère. L'orifice de communication de ces deux poches est presque toujours assez large, et est formé par la musculaire vésicale qui s'est laissé forcer. Mais avant d'en arriver à ce stade, la première portion de l'uretère qui se dilate, doit être sa portion toute terminale, dont la paroi supérieure dans la vessie, n'est constituée que par la muqueuse vésicale. Après la dilatation kystique intra-vésicale de l'uretère, se constituent la dilatation urétérale et l'hydronéphrose. La dilatation kystique sera d'autant plus facilement constituée, si par un phénomène analogue à celui qu'on rencontre dans la formation des diverticules vésicaux, par suite d'un vice de développement, la paroi musculaire vésicale fait défaut autour de l'uretère ou est insuffisante.

Mais les imperforations de l'orifice vésical des uretères, n'existent pas dans la majorité des cas ; le plus souvent il y a rétrécissement de ces orifices. Ce rétrécissement peut être congénital ; il est impossible de lui donner une autre cause, dans les cas que nous avons, et en particulier chez la malade de M. Gayet. Schewkùnenko, de St-Pétersbourg, donne d'ailleurs 3 % des uretères congénitalement rétrécis à 4 millimètre. Ces rétrécissements suffiront à provoquer une dilatation de l'uretère, on sait que les hydronéphroses ouvertes, sont le plus souvent, plus considérables que les hydronéphroses fermées. Mais c'est surtout dans

ces cas, qu'il faut faire intervenir une faiblesse congénitale de la paroi musculaire de la vessie.

La malformation congénitale peut consister en la persistance au niveau de l'orifice urétéral d'une valvule; le fœtus, présente normalement dans son urètre, de nombreuses valvules qui disparaissent à la naissance. Que l'une d'elle, au niveau de l'orifice urétéral persiste, elle oblitéra partiellement cet orifice, l'urine s'accumulera derrière cette valvule dans une poche kystique; puis, quand la dilatation aura atteint un certain degré, la valvule deviendra insuffisante et la poche s'affaîssera. Le cas d'autopsie de Rendu, montre nettement une valvule au niveau de l'orifice vésical de la dilatation kystique.

Théorie des lésions acquises

L'oblitération et le rétrécissement de l'orifice urétéral peuvent être constitués par une sclérose inflammatoire ou cicatricielle. Les lésions tuberculeuses des urètres sont assez fréquentes. Un calcul peut blesser l'urètre en s'évacuant dans la vessie, et provoquer une cicatrice sténosante. Bosch et Van Houtum, présentent le cas d'une malade, sujette à de fréquentes coliques néphrétiques, dont une des dernières s'était terminée par l'élimination d'un calcul de faibles dimensions. A l'examen cystoscopique, on observait à la place de l'orifice urétéral droit invisible, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, tendue, translucide, avec des variations rythmiques de volume. Dans un deuxième

examen, on voit au sommet de la tumeur, une petite tâche punctiforme, qui représentait l'orifice très rétréci de l'uretère. Et ces auteurs se demandent s'il ne s'agissait pas d'une cicatrice vicieuse de l'orifice uretéral, cette cicatrice étant la conséquence, d'une blessure de l'urètre, au passage d'un calcul expulsé jadis par la malade. Ce n'est qu'une hypothèse, car l'examen direct de la pièce n'a pas été fait.

Rôle du calcul

Un calcul, localisé à l'extrémité inférieure de l'uretère, peut à lui seul, être la cause d'une dilatation de l'uretère, s'il n'a pu arriver à forcer son orifice sous l'influence des contractions uretérales, d'autant plus énergiques, que la résistance à l'écoulement de l'urine est plus considérable. Dans ces cas, c'est le calcul qui règle la formation de la poche kystique moulée sur lui. L'orifice uretéral pourra finalement se laisser forcer ; le calcul passera dans la vessie et la muqueuse uretérale étirée, flottera dans la cavité vésicale sans être dilatée en kyste, car l'orifice uretéral sera largement perméable. C'est le cas de la deuxième observation de M. Gayet (Obs. V).

Mais les calculs, assez rarement rencontrés d'ailleurs, dans les dilatations kystiques intra-vésicales, comme nous l'avons déjà vu, sont le plus souvent secondaires au rétrécissement des uretères, et leur formation est favorisée par la stase urinaire et l'infection. Ils viennent aggraver un rétrécissement déjà existant et le

transformer en oblitération complète. C'est le cas de M. Rafin (Obs. VI).

Il est enfin des cas de dilatations kystiques intravésicales de l'uretère, où on n'observe ni rétrécissement, ni calcul, ni valvule. On pourrait admettre avec Masaki, que les uretères, débouchant bas dans la région du trigone, peuvent être comprimés par la contraction du sphincter vésical. On s'explique difficilement une dilatation kystique de l'uretère, traversant une région de la vessie, où la muqueuse et la musculieuse sont étroitement réunies, sans sous-muqueuse interposée.

On pourrait encore penser à une contracture musculaire au niveau de l'orifice urétéral et l'oblitérant. Riccardo, Versari, de Palerme, sur 100 uretères examinés, trouvent deux fois une formation sphinctérienne autour de leur orifice vésical.

Il faut penser aussi que certains cas, décrits comme dilatations, n'étaient en réalité que des prolapsus de l'uretère. La confusion a été faite, et il est bien difficile de rétablir la vérité sur des observations trop souvent incomplètes.

Parmi toutes les théories pathogéniques émises, une seule repose sur des faits d'observation bien nets, c'est la théorie d'une malformation congénitale, avec sténose ou oblitération de l'orifice urétéral.

Symptomatologie

Les dilatations kystiques intra-vésicales de l'uretère se rencontrent le plus souvent chez les femmes et les jeunes sujets. Nous avons 19 observations de femmes pour 10 d'hommes ; 7 cas chez des sujets au-dessus de 40 ans, 12 aux environs de trente ans, 10 à des âges variant de quelques semaines à quelques années.

Leur symptomatologie est assez imprécise, parce qu'elle est fournie par l'infection surajoutée, et favorisée par la rétention.

On observe tout d'abord une période de latence qui peut durer pendant toute l'évolution de l'affection. Dans la majorité des cas, au même titre que les hydronéphroses congénitales qui la compliquent le plus souvent, cette malformation ne constitue qu'une trouvaille d'autopsie ; nous n'avons pu réunir que 10 observations cliniques à côté de 20 observations d'autopsie ; les malades sont morts d'affections courantes sans rapport avec leur malformation congénitale, sans qu'on retrouve dans leurs antécédents pathologiques un phénomène objectif ou subjectif qui pourrait se rattacher à cette malformation. Ce sont des malades morts quelquefois à un âge très avancé : 72 ans, pneu-

monie, cas de Heller ; 65 ans, typhoïde, cas de Li-
lienfeld ; 52 ans, phtisie, cas de Rott, et dans ces trois
cas il y avait oblitération complète de l'uretère,
hydronéphrose simple ou double avec atrophie partielle
ou totale du rein correspondant. Dans le cas de M. De-
lore il s'agit d'un homme, qui, sans avoir jamais
souffert du côté de son appareil génito-urinaire, meurt
à 34 ans, au milieu des symptômes les plus bruyants,
porteur d'une hydronéphrose qui avait déterminé la
rupture du rein, sous des efforts de vomissements.

Il y a en effet, le plus souvent oblitération incom-
plète de l'orifice urétéral, et la fonction rénale n'est
pas supprimée ; le plus souvent cette malformation est
unilatérale et l'autre rein suffit à l'émonctoire ; enfin
elle siège souvent sur un uretère surnuméraire et ce
n'est qu'une portion du rein dont le rôle est supprimé.
La lésion est alors bien supportée ; tout dépend de la
quantité de tissu rénal qui a perdu son intégrité fon-
ctionnelle.

Sur le vivant, la découverte d'une dilatation kystique
est une surprise, au cours d'un examen cystoscopique,
imposé par des troubles morbides faisant penser à tuber-
culose rénale comme dans le cas de M. Gayet ; ailleurs
le malade est opéré pour des crises d'appendicite ou
de pyélo-néphrite, comme dans un cas de M. Bazy.

Après une période de latence plus ou moins longue,
survient en effet une période de douleurs pouvant
prêter à confusion ; elles traduisent l'infection de
l'uretère ou sont dues à des crises d'hypertension,
contre laquelle l'uretère réagit par des contractions
énergiques. Ces contractions peuvent être indolores

et révélées seulement par la présence de caillots moulés sur l'uretère ; souvent ce n'est qu'une douleur vague, sourde, dans la région lombaire et le bas-ventre ; parfois elles sont très vives, intermittentes à intervalles irréguliers, elles rappellent de très près les crises de coliques néphritiques ; des calculs sont d'ailleurs quelquefois présents dans les dilatations kystiques de l'uretère.

Le siège de ces douleurs est très variable. Notre malade souffrait dans la région lombaire des deux côtés, bien que la lésion fut unilatérale.

Dans un cas rapporté par Adrian, la douleur s'accusait du côté opposé à la lésion urétérale. Parfois elle est plus marquée dans la région sus-inguinale et s'irradie vers les bourses. Si un calcul vient compliquer l'affection on aura une douleur caractéristique au sommet du gland (malade de M. Rafin),

La vessie n'est pas sans réagir contre la présence dans sa cavité d'une dilatation kystique de l'uretère. Tous les auteurs signalent dans leurs observations des besoins impérieux et fréquents d'uriner, quelquefois aussi de l'anurie. Les troubles de la miction varient en effet selon le volume et la situation du kyste.

Par son volume, la poche intra-vésicale diminue la capacité de la vessie et cause une fréquence anormale de la miction ; la pollakiurie est nocturne et diurne ; notre malade urinait trois à quatre fois la nuit, le jour toutes les heures. Par son siège, s'il est trop rapproché du col ou s'il est pédiculé, il peut venir irriter le col de la vessie, donner aussi du tenesme et des symptômes de cystite. Il peut même obstruer

l'orifice uréthral, et on aura alors de la rétention, après la pollakiurie. Si le kyste est pédiculé et mobile, cette rétention cessera brusquement par le déplacement de la tumeur, qui se comportera comme un calcul. Schwartz cite aussi des cas où l'écoulement de l'urine était rétabli quand on surélevait le bassin du malade.

Ces phénomènes vésicaux sont dus, non seulement à la présence de la dilatation kystique de l'uretère mais aussi à l'infection qui se développe facilement, grâce à la stase de l'urine, chez des sujets mis en état de moindre résistance par la défectuosité de l'émonctoïre rénal. La cystite, la pyo-néphrose peuvent faire leur apparition. Notre malade avait une température oscillant entre 38° et 39° ; ses urines étaient généralement troubles, et donnaient un culot épais. Parfois on rencontre des cylindres, des traces d'albumine traduisant une lésion rénale déjà avancée.

L'ensemble de ces symptômes fonctionnels, loin de nous fixer sur la véritable nature du mal, ne peuvent que nous égarer dans le diagnostic et il est nécessaire de procéder à un examen somatique soigneux.

L'inspection ne donnera aucun renseignement à part les cas de prolapsus du kyste à travers le méat uréthral. Ces cas sont rares ; cependant nous avons vu que le kyste urétéral peut s'engager dans l'urèthre, surtout chez la femme, à la suite d'un effort, comme dans un cas de Pietkiewicz ; il peut faire saillie au méat urinaire ; cette saillie, dans un cas de Geerds était du volume d'un petit doigt, recouverte d'une muqueuse très rouge ; tout autour on voyait par intermittence sourdre l'urine. La muqueuse ainsi prolabée

peut être plus ou moins nécrosée et présentera par endroits des plaques d'un rouge sombre ou noires. Le diagnostic sera à faire avec une inversion de la vessie.

La palpation peut réveiller de la douleur au niveau du rein, parfois mieux perçue du côté de l'uretère rétréci. On obtiendra de la douleur aux points iliaques, et à l'embouchure urétérale comme chez notre malade. Rarement l'hydronéphrose sera assez considérable pour être révélée par la palpation. Le palper bimanuel, la vessie étant vide, a permis à Bosch et Van Houëtum de sentir chez leur malade, à droite de la ligne médiane, une petite masse de consistance élastique, qui pouvait faire penser à une dilatation kystique. Ce cas est unique.

Dans les cas où la poche fait saillie à la fois dans le Douglas et dans la vessie (cas de Borrmann), le toucher vaginal ou rectal, combiné à la palpation hypogastrique peut la révéler ; il peut renseigner encore sur la présence d'un calcul localisé dans la portion inférieure de l'uretère et faire soupçonner une dilatation (cas de Pasteau).

Mais il faut bien convenir que seul, l'examen cystoscopique, donnera des renseignements suffisants. Vue au cystoscope, l'aspect de la dilatation intra-vésicale de l'uretère varie selon le moment de son évolution où on l'observe, et nous distinguerons avec M. Pasteau trois degrés :

Dans un premier degré, saisi au vif par M. Pasteau (obs. III) on a sous les yeux une simple dilatation intrapariétale de l'extrémité inférieure de l'uretère. L'aspect de l'orifice urétéral paraît absolument normal

dans l'intervalle des éjaculations. Un peu avant celle-ci, il se forme peu à peu une tumeur aplatie contre la paroi vésicale, oblique selon la direction de l'uretère, puis cette tumeur s'affaisse en écoulant son contenu.

Dans un deuxième degré, la tumeur fait une saillie permanente dans la vessie. Sessile à large base, sa surface est lisse, brillante, montrant une muqueuse saine, ou légèrement enflammée, avec un fin lacis de vaisseaux qui rampent à sa surface ; acuminée ou ombiliquée à son sommet, indiquant par là le siège de son orifice que parfois on ne voit pas, soit qu'il soit absent, soit qu'il soit très petit, ou caché entre le kyste et la paroi vésicale. Les parois du sac sont si minces que la tumeur est transparente ; on peut s'en rendre compte en appliquant le cystoscope au ras de sa base. On observe encore cette tension intermittente, due à l'accumulation de l'urine en arrière de l'obstacle puis à son évacuation brusque, s'il s'agit d'une valvule qui devient insuffisante, ou lente, si les contractions uretérales, excitées par la distension peuvent vaincre l'obstacle. Si l'orifice est très petit, on verra sourdre une rosée sans distinguer l'orifice de sortie.

La minceur de la paroi, la transparence du kyste, ses alternatives de réplétion et de déplétion sont absolument caractéristiques de ce degré de la dilatation.

Au troisième degré, le kyste s'est plus ou moins pédiculisé, les parois étirées au maximum sont devenues inertes et on n'observe plus de balancement du volume du kyste, qui selon le degré de pédiculisation, prolabe plus ou moins loin dans la vessie ou dans l'urèthre sous la poussée de l'urine.

Diagnostic

La possibilité d'un diagnostic exact n'est pas sans valeur pratique, puisque nous avons vu le cas de M. Delore se terminer brusquement par la mort, puisque nous avons vu des malades subir des opérations d'une haute gravité pour des crises douloureuses qui simulaient une appendicite ou une pyélo-néphrite, et qui auraient pu être radicalement supprimées par intervention chirurgicale assez simple.

Les symptômes fonctionnels que peuvent donner les abouchements anormaux des uretères dans la paroi vésicale et leur dilatation kystique dans la vessie, sont incapables de diriger l'esprit du clinicien vers un diagnostic exact, parce que ce sont des symptômes d'infections surajoutées.

Les crises douloureuses que présentent les sujets porteurs de cette malformation, pourront faire penser à des crises appendiculaires. Mais le siège de la douleur ne sera pas le point de Mac Burney, il sera reporté plus près de la ligne médiane, il sera moins nettement localisé, et les phénomènes péritonéaux manqueront le plus souvent.

Parfois, ces crises douloureuses rappellent en tous points les coliques néphrétiques, avec un caractère moins atroce cependant ; le mouvement n'aura aucune influence sur ces douleurs, qui ne seront pas suivies d'hématuries. Mais le calcul peut coexister avec la dilatation kystique de l'uretère ; la radiographie pourra le déceler, la cystoscopie en montrant la dilatation kystique, le cathétérisme urétéral empêché par le calcul, viendront lever tous les doutes.

On a posé le diagnostic d'uretéro-pyéélite ou de pyonéphrose, en présence de cas de dilatation kystique ; les deux affections peuvent coexister, la première étant une complication de la seconde. Mais, dans l'uretéro-pyéélite, la douleur à la palpation du rein et de l'uretère est exquise et constante ; la pyurie est considérable et il y a polyurie réelle au lieu d'une simple pollakiurie.

Enfin, chez notre malade, on pensait tout d'abord à la tuberculose rénale, en raison de la pâleur, de l'amaigrissement, de la douleur à la palpation du rein, de la pyurie assez abondante. L'examen bactériologique du pus urinaire, l'inoculation au cobaye deux fois négative, ont fait rejeter ce premier diagnostic.

La cystite banale vient compliquer presque tous les cas de dilatations kystiques de l'uretère ; chaque fois qu'on ne pourra lui attribuer une cause précise, chaque fois qu'on se trouvera en présence de troubles vésicaux mal définis, un examen cystoscopique s'impose et doit être pratiqué systématiquement. C'est donc, en fin de compte, au cystoscope que reviendra le dernier mot du diagnostic.

Quelles sont les tumeurs qui pourraient être confon-

dues à l'examen cystoscopique, avec une dilatation kystique de l'uretère ?

Un myome vésical, localisé du voisinage de l'orifice urétéral, forme une saillie régulière à large base, recouvert d'une muqueuse saine. Mais on trouvera souvent l'orifice urétéral en dehors de cette saillie, la tumeur ne sera pas transparente, elle ne sera pas dépressible sous la pression de la sonde urétérale, et si elle peut être soulevée par des battements artériels, elle ne présentera pas ces mouvements d'expansion et de rétrécissement qui font que la dilatation kystique envahit peu à peu tout le champ du cystoscope en avançant vers l'œil de l'observateur, puis se rétrécit en s'éloignant. En outre, la palpation bimanuelle permet de sentir ces myomes beaucoup mieux que lorsqu'il s'agit de dilatation.

Les polypes de l'uretère font dans la vessie une saillie arrondie, à surface lisse, mais leurs pédicules sont toujours très minces, très longs ; leurs bases sont encerclées par la muqueuse, l'urine s'échappe tout autour du pédicule, et ils ne présentent pas de variations de volume, ils ne sont pas transparents.

Un calcul, enchâtonné dans une cellule vésicale sur l'un des côtés de la vessie, peut se recouvrir de fibrine, prendre un aspect blanchâtre, une forme régulière, avec une surface lisse ou mamelonnée, mais on trouvera l'orifice urétéral normal à côté de cette tumeur, qui ne sera pas transparente et dont le volume restera invariable. La couche de fibrine pourra empêcher d'obtenir le choc de l'explorateur métallique, mais les tentatives de mobilisation pourront être positives.

Il est un diagnostic différentiel plus délicat à faire entre les dilatations kystiques intravésicales de l'uretère et le prolapsus de cet uretère. Ces deux affections ont pu être confondues et M. Bazy n'admet même pas l'existence des dilatations kystiques, si ce n'est secondairement à la présence d'un calcul ; pour cet auteur, tous les autres cas de dilatations intravésicales de l'uretère ne sont que des prolapsus.

Il est certain que quelques observations publiées sous le titre de dilatations kystiques n'étaient que des prolapsus de l'uretère ; la proposition inverse est également vraie. Mais les dilatations kystiques primitives, sans calcul, existent, et se présentent avec des caractères morphologiques et anatomiques, une pathogénie et une évolution bien spéciales, qui autorisent à les cataloguer sous ce titre, et permettent de les différencier nettement du prolapsus. Il nous suffira, pour le démontrer, d'opposer aux arguments de M. Bazy, ceux que nous emprunterons à l'article de M. le professeur Rochet, paru dans la « Revue de la Société de Chirurgie » du 8 juin 1905 et le « Lyon Médical » du 30 juillet 1905.

Au point de vue morphologique, les deux affections se présentent sous un aspect bien différent. Le prolapsus forme une saillie généralement conique, donnant l'aspect d'un pénis étroit, recouvert d'un phimosis, selon l'expression de M. Rochet, c'est un boudin régulièrement cylindrique, à extrémité terminale parfois un peu étroite. On n'observe pas, comme dans les cas de dilatation, cette tumeur sacciforme, arrondie, polypeuse, très peu pointue dans tous les

cas, tendue et à parois amincies au point de devenir transparente ; on n'observe pas ces mouvements d'expansion globuleuse, si différents du va et vient de la muqueuse urétérale, qui prolabe sous les efforts des contractions de l'uretère, en formant un bourrelet circulaire.

Dans la majorité des cas d'autopsies, une coupe histologique montre l'uretère complet avec toutes ses tuniques, fermant le prolapsus intravésical. Nous avons vu jusqu'à quel point les parois des kystes urétéraux différaient de la paroi normale de l'uretère.

Au point de vue pathogénique, la dilatation intravésicale de l'uretère est due à une atrésie congénitale de l'orifice urétéral ; l'infection est secondaire, favorisée par la rétention. Dans le prolapsus, l'infection est primitive et cause tout le mal ; on trouve d'une façon constante des urines louches, purulentes, et dans trois cas de M. Rochet, les reins présentaient des lésions tuberculeuses ; les douleurs vives traduisent les contractions énergiques de l'uretère pour expulser les produits caséux qui l'encombrent ; il se fait un prolapsus de la muqueuse urétérale, comme prolabe la muqueuse rectale dans les efforts répétés de la défécation. On observe alors un bourrelet circulaire, entourant l'orifice urétéral, et ne rappelant que de très loin les dilatations sacciformes de l'uretère dans la vessie.

Bien plus, l'uretère infecté a son atmosphère cellulaire infiltrée ; noueux, épaissi, il perd cette flexibilité qui lui fait épouser à l'état normal les sinuosités des régions qu'il traverse ; ses courbures se redressent

en totalité ou en partie ; il s'allonge relativement aux deux points, rein et vessie, où il s'abouche. Ses parois épaissies et dures, agissent comme un corps résistant pour refouler en doigt de gant la muqueuse vésicale et s'en coiffer, pour former dans la vessie une saillie où on retrouve toutes ses tuniques.

M. Bazy dit que l'hypothèse d'une dilatation kystique ne cadrerait pas avec la réductibilité constatée par Albarran, qui pouvait, par la simple pression du cathéter urétéral, réduire le prolapsus. Cette réductibilité, qui n'est pas toujours possible dans les cas de prolapsus, comme le dit M. Rochet, ne s'observe jamais dans les cas de dilatations kystiques et peut servir au diagnostic.

M. Bazy prétend qu'il est difficile d'appeler dilatation de l'extrémité inférieure de l'uretère une malformation, où la dilatation s'étend à tout l'arbre urinaire. Il est certain que la dilatation ne se limite pas à la portion terminale de l'uretère, mais la cause de la dilatation réside bien dans cette portion de l'uretère et elle débute dans cette région. Les expériences de Többen et Masaki montrent bien qu'il y a dans cette région une tendance naturelle à la dilatation, dès qu'il y a un obstacle à l'écoulement de l'urine. Au début, elle est sinon limitée, du moins très marquée en ce point, où doit porter l'intervention qui détruira tous les symptômes morbides et arrêtera l'évolution vers l'hydronéphrose et l'atrophie rénale. L'observation de M. Bazy, étiquetée uretéro-hydronéphrose droite par prolapsus urétéral, et où on ne pouvait

voir un orifice quelconque, doit être classée parmi les dilatations kystiques de l'uretère dans la vessie.

Nous avons vu que ces kystes, très pédiculés, pouvaient faire saillie au méat urinaire de la femme ; le diagnostic doit se faire avec les tumeurs prenant naissance dans l'urèthre, puis avec celles qui viennent de la vessie. La possibilité de circonscrire complètement le pédicule de la tumeur à l'aide d'un stylet introduit entre ce pédicule et les parois du canal, est un signe certain qu'elle prend son attache dans la vessie.

Si on voit l'orifice uretéral et le jet de l'urine, le diagnostic sera facile. Sinon, on fera la réduction rendue aisée par la grande dilatibilité de l'urèthre chez la femme, et l'affaissement du kyste par la simple palpation ; un examen cystoscopique tranchera le diagnostic.

Pronostic

Nous avons vu au chapitre des symptômes, que la période de latence peut se prolonger toute la vie, et l'affection évoluer sans troubles apparents, vers l'atrophie du rein correspondant à l'uretère oblitéré. Le rein tout entier peut être réduit à l'état de coque fibreuse, l'autre rein suffit à l'émonctoire, grâce à une hypertrophie compensatrice, l'organisme ne paraît pas souffrir. Nous n'insisterons pas davantage sur la tolérance de l'organisme vis-à-vis de ces malformations congénitales.

Cependant cette bénignité n'est souvent qu'apparente, car la suppression fonctionnelle d'une partie ou de la totalité d'un rein, n'est pas sans enlever au sujet une partie de sa résistance, devant l'envahissement microbien, et si quelques sujets atteignent un âge avancé, la plupart meurent encore jeunes.

Ce sont là les conséquences de l'atrophie du rein, causée par l'hydronéphrose qui accompagne les cas de dilatations kystiques intra-vésicales de l'uretère. L'hydronéphrose peut se transformer en pyo-néphrose et cette complication assombrit beaucoup le pronostic ;

elle est heureusement rare, nous n'en trouvons pas d'exemple parmi nos observations.

Enfin, nous avons vu que le kyste, pouvait par son volume, comprimer l'uretère sain de l'autre côté, et supprimer ainsi fonctionnellement les deux reins. Des accidents urémiques pourront alors éclater.

Le kyste, grâce à la laxité de son pédicule, peut s'engager dans l'uretère, faire hernie à l'extérieur. Des accidents graves peuvent alors survenir. La compression du col vésical sur la muqueuse prolabée peut en gêner la circulation de retour, amener de la stase veineuse à son sommet, et en déterminer la gangrène (Neelsen, Pietkiewicz). Une infection grave peut en être la conséquence.

Mais toutes ces complications sont d'une rareté extrême, et il faut bien reconnaître que d'une façon générale, les dilatations kystiques intra-vésicales de l'uretère sont d'un pronostic bénin.

Traitement

La nécessité d'un diagnostic ferme apparait dans toute sa rigueur, dès qu'on envisage la question du traitement. Nous avons vu que s'il y avait prolapsus de l'uretère, on pouvait admettre à coup sûr des lésions infectieuses uretérales et rénales, causes premières du prolapsus ; c'est donc cette infection qu'il faut traiter avant de songer à une intervention sur le prolapsus. S'il s'agit, au contraire, d'une dilatation kystique, lésion congénitale, les phénomènes infectieux sont secondaires, et disparaîtront avec la sténose uretérale et la dilatation kystique de l'uretère.

Les opérations pratiquées jusqu'à ce jour se divisent en deux groupes, celles qui se font par la voie abdominale, et celles qui emploient la voie endoscopique.

La taille hypogastrique a été employée la première, et le plus souvent jusqu'ici. On fera, de préférence à la narcose par inhalation, la rachianesthésie à la novocaïne, qui donne à M. Gayet d'excellents résultats dans toutes ses interventions, sur l'appareil génito-urinaire inférieur. La cystostomie sus-pubienne longitudinale classique, donne un accès suffisant, surtout

si on a soin de placer le malade dans la position de Trendelenburg ; mais quelques auteurs utilisent aussi la taille transversale. Les écarteurs étant placés de façon à bien mettre en vue la tumeur urétérale, on procédera à l'incision, ou à la résection de cette tumeur.

L'incision à elle seule peut être curative. Après Bostroem, M. Pasteau a limité une de ses interventions à cette incision, et obtient une guérison rapide. On se servira de ciseaux très fins, dont on fera pénétrer une des branches dans l'orifice urétéral, et on sectionnera toute l'étendue de la paroi de dedans en dehors, et de bas en haut, sur une longueur de 1^{cm}5 au minimum.

Si on ne voit pas l'orifice urétéral, on pourra faire une boutonnière dans le sac kystique, pour faciliter l'incision avec les ciseaux. Mais on peut se servir du bistouri pour inciser le kyste sur toute sa hauteur. On suture ensuite isolément les lèvres de la plaie par des points séparés au catgut très fin, en ayant soin de réunir la muqueuse de la vessie à la muqueuse urétérale. On crée ainsi une large ouverture de l'uretère dans la vessie, et on la maintient par une sonde urétérale, qu'on laisse en place pendant cinq jours environ.

La majorité des auteurs, après Grosplik, complètent l'incision par la résection du sac, résection qui s'impose si la poche kystique est volumineuse. Cette résection peut être circulaire, faite aux ciseaux, après une incision à la base du kyste. Il serait peut-être préférable, de faire une hémisection de la poche dilatée, avec excision aux ciseaux des deux valves ainsi créées. On termine encore par une couronne de points séparés,

réunissant les deux muqueuses urétérale et vésicale. Ces opérations étant d'ordinaire aseptiques, on peut tenter la fermeture totale de la vessie.

Le second groupe d'opérations emprunte la voie endoscopique, qui fut suivie par Kelly, Fenwick, Klose, Wulf, Pietkiewicz et Pasteau.

Kelly limita son intervention chez une femme, à sectionner l'étroit orifice urétéral avec de fins ciseaux, introduits dans la vessie, à l'aide du tube endoscopique.

Pietkiewicz, se sert d'un bistouri à lame très étroite, en forme de stylet, et protégé dans sa traversée uréthrale par un cylindre métallique. Le champ opératoire est éclairé par le cystoscope de Nitze. En cinq séances, la tuméfaction bilatérale fut discisée en deux ou trois points, de la base à la pointe. L'hémorragie fut insignifiante; le reste de la tumeur se rétracta rapidement, et les deux orifices urétéraux devinrent perméables aux plus grosses sondes.

Klose et Wulf, pratiquent la cautérisation de la dilatation kystique. Klose se sert du cystoscope fénêtré de Brenner, Wulf du cystoscope de Nitze. La cautérisation porte sur le sommet de la tumeur, et par l'orifice ainsi créé, on place une sonde urétérale, qu'on laisse en place pendant quatre jours environ.

L'opération par voie endoscopique, peut se faire sans anesthésie (Pietkiewicz, Klose), et sans avoir besoin d'aliter le malade; si on emploie la cautérisation, on évite les sténoses cicatricielles toujours possibles, si on se sert du bistouri. Elle convient aux dilatations kystiques du premier et du deuxième degré, tandis

qu'au troisième stade, on pratiquera la taille sus-pubienne avec résection de la poche urétérale. La taille est encore indiquée dans les cas de dilatations kystiques avec calcul.

Toutes les interventions sur la dilatation kystique intra-vésicale de l'uretère, ont été suivies de succès ; les suites opératoires furent très simples, et les symptômes infectieux disparurent complètement. Dans un seul cas, l'hémorragie, au niveau de la section de l'uretère, fut assez abondante, pour imposer la réouverture de la vessie, dont on avait tenté la fermeture complète.

Les résultats éloignés de ces opérations sont rarement indiqués. On trouvera à la suite de l'observation I, de M. Gayet, l'examen cystoscopique pratiqué deux mois après l'intervention. Pietkiewicz examine une de ses malades, trois mois après l'excision d'une poche kystique, qui prolabaït à travers le méat uréthral, et où l'orifice urétéral était très rétréci. Trois mois après, il trouve cet orifice en forme de fente, très perméable, mais non béant. M. Pasteau examine à sa sortie une malade, opérée d'une double dilatation kystique par résection et suture avec points séparés en couronne, des deux muqueuses urétérale et vésicale. Il trouve que les deux orifices urétéraux, sont larges, entourés d'une collerette régulière, saillante, bridée par quelques plis transversaux.

Cas de dilatations kystiques de l'uretère malformations congénitales

OBSERVATION I.

(*M. le Professeur Agrégé Gayet*)

Madame X., 27 ans, mariée, sans enfants, sans antécédents personnels ni héréditaires intéressants ; du côté de ses collatéraux, un neveu mort de méningite tuberculeuse.

Début en septembre 1911 par des phénomènes de cystite qu'on avait combattu par des lavages au nitrate d'argent, par l'administration d'helmitol et d'urotropine. Plusieurs médecins furent consultés, on pensa à de la tuberculose rénale, en raison de la pâleur et de l'amaigrissement, de quelques douleurs lombaires, surtout à droite. Une inoculation des urines au cobaye fut pratiquée sans résultat.

Examinée par M. le Professeur Agrégé Gayet, le 10 janvier 1912, elle se plaignait de douleurs lombaires bilatérales, de cuissons pendant la miction. Celles-ci étaient fréquentes, trois ou quatre pendant la nuit et le jour toutes les heures environ. Les urines étaient généralement troubles, avec dépôt abondant. Jamais d'hématurie.

La palpation bimanuelle permettait de sentir nettement les deux reins, mais surtout le droit, gros et abaissé. De ce côté seulement la palpation était douloureuse. On

retrouvait des points douloureux dans la fosse iliaque droite et surtout au point urétéral vaginal droit. Rien de particulier aux organes génitaux.



(d'après une aquarelle de M. le Prof^r Agr. Gayet.)

OBS. I

La capacité vésicale est de 250 grammes. La température oscille entre 38° et 39°.

Rien aux poumons ni au cœur.

Un examen des urines après récolte aseptique montre des globules de pus, du bacille coli commune avec quelques cocci, pas de bacille de Koch. Ceci confirmait le premier examen. Malgré cela M. Gayet pratique une nouvelle inoculation et ordonne le repos, l'urotropine, les lavages au gomenol, pour éclaircir les urines et faciliter une cystoscopie.

Le traitement eut pour effet de faire tomber la fièvre et d'éclaircir les urines.

Le 2 février, M. Gayet pratique la cystoscopie dans le but surtout de faire un cathétérisme urétéral. Cet examen fit découvrir immédiatement une tumeur polypeuse implantée dans la région urétérale droite. Cette tumeur a le volume d'une noix, en forme d'œuf, reposant sur sa petite extrémité, de coloration très blanche, translucide, rosée à la base, où l'on voit quelques vaisseaux. On ne peut y percevoir l'orifice urétéral. En appuyant sur la tumeur avec la sonde urétérale, on voit cette saillie s'affaisser sous la pression et se regonfler dès qu'on cesse d'appuyer.

En outre, on assiste à des modifications de tension et de volume très spéciales, tantôt la tumeur grossit et vient s'appliquer sur le cystoscope, tantôt elle diminue et semble s'éloigner.

L'uretère gauche est visible dans une zone congestionnée et un peu verruqueuse. La face postérieure de la vessie présente plusieurs cellules et colonnes.

Le 3 mars 1912, on est en possession du résultat de l'inoculation, il est négatif. On pratique une seconde cystoscopie qui montre que la tumeur a encore grossi tout en gardant ses autres caractères très spéciaux. L'intervention est alors proposée et acceptée.

Le 12 mars, opération avec le Docteur Repelin et M. Michel, interne. Anesthésie à l'éther. Taille hypogastrique longitudinale. Dans la région urétérale droite existe bien la tumeur kystique diagnostiquée au cystoscope ; on peut assister à des alternatives de réplétion et d'évacuation. Tantôt la tumeur est tendue, tantôt elle

s'affaisse et en même temps sa surface se couvre d'une rosée montrant que l'urine a trouvé son chemin. Mais il est impossible de trouver le moindre orifice. Incision à la base de la tumeur, au bistouri, et on tombe dans une poche, d'où s'échappe sous une certaine pression, de l'urine trouble. Excision de la poche au ciseau, puis suture en couronne au catgut fin, à points séparés, muqueuse urétérale à muqueuse vésicale. On pénètre facilement dans l'uretère, on termine par une suture totale de la vessie laissant seulement un petit drain dans l'espace prévésical. Sonde à demeure. T. 37,7 le soir de l'opération. Lavages bi-quotidiens au gomenol, évacuation de caillots. Guérison en quinze jours,¹ après quatre à cinq jours d'une petite fistule hypogastrique.

4 mai 1912. Cystoscopie montre un aspect en gueule de four de l'uretère droit, quelques plis mamelonnés en avant. Un peu de vascularisation autour du col.

Deux ou trois mictions la nuit, quelques envies impérieuses. Reins non perceptibles. Urines claires ; aucun culot après centrifugation.

OBSERVATION II.

(due à l'obligeance de M. le Professeur Rochet)

M. le Professeur Rochet nous fait la communication suivante :

Je n'ai pas opéré de dilatation kystique intravésicale de l'uretère, mais j'en ai vu un cas très net à la cystoscopie.

Il s'agissait d'un malade de 40 ans environ, qui était entré dans mon service pour des troubles urinaires vagues, qu'on ne savait pas bien à quoi rapporter.

L'exploration de l'urèthre et de la vessie était négative et les urines non infectées. Le malade se plaignait simplement de quelques douleurs dans les reins.

La cystoscopie ne nous montrait rien de particulier mais en cherchant attentivement du côté des orifices urétéraux, on finit par apercevoir que de temps en temps l'orifice urétéral gauche se gonflait brusquement sous forme d'une saillie conique de 1 cm 5 de long, au sommet de laquelle on voyait l'orifice urétéral très petit. Cette saillie apparaissait comme transparente sous la muqueuse vésicale dépliée et persistait quelques secondes. Puis, peu à peu, elle s'affaissait avec une éjaculation urétérale abondante, pour reparaitre plus tard. Nous ne pûmes passer une sonde dans l'orifice urétéral pour voir s'il y avait de la rétention rénale. Mais la radiographie ne montra ni calcul dans le rein, ni calcul dans l'uretère.

Le malade, probablement effrayé par une opération qu'on lui fit entrevoir, et fatigué par une seconde cystoscopie qui donna des résultats identiques à la première, quitta le service assez rapidement, et nous ne pûmes rien lui faire.

OBSERVATION III.

(Docteur O. Pasteau)

(VIII^{me} session de l'An. Franc. d'Urol.)

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui accusait des douleurs lombaires à gauche, plus marquées au moment des

règles, avec une sensation de pesanteur, de tension. La paroi abdominale est affaiblie ; le rein droit est mobile, un peu descendu, petit, régulier, mais non douloureux. Le rein gauche est bien perçu, un peu douloureux. Les urines sont légèrement troubles. La vessie de capacité normale.

Cystoscopie : à gauche, une tumeur arrondie formant une saillie de 2 cm, au sommet de laquelle se voit difficilement un petit orifice. Elle est lisse, régulière, un peu transparente sur le bord, quand on place le cystoscope profondément au ras de la tumeur et un peu obliquement. L'orifice urétéral droit se présente avec un aspect et une situation normaux, dans l'intervalle des éjaculations, et est situé sur un petit mamelon peu saillant. Avant l'éjaculation, il se forme une tumeur aplatie contre la paroi, oblique en bas et en dedans, elliptique, à grosse extrémité supéro-externe, à petite extrémité inférieure, sur laquelle s'ouvre l'orifice urétéral arrondi (1^{er} degré de la dilatation). Cette petite tumeur est bridée transversalement par une série de petits plis mousses qui disparaissent au fur et à mesure de l'éjaculation, la tumeur s'aplatit et la région reprend un aspect normal.

On fait une taille suspubienne. On incise transversalement la tumeur gauche, on excise les deux valves ainsi formées et on suture les deux muqueuses vésicale et urétérale. L'uretère dilaté à 4 ou 5 millimètres s'ouvre largement dans la vessie. On ferme complètement la vessie. Guérison.

OBSERVATION IV.

(*Dr O. Pasteau*)

(*VIII^e Serv. de l'An. Fr. d'Urol.*)

Il s'agit encore d'une femme de 31 ans, qui a eu des crises passagères de colique néphrétique à gauche. La paroi abdominale est faible ; les deux reins sont abaissés, le droit un peu sensible. Douleur nette à la pression sur le rein gauche en arrière. Les urines sont troubles, la vessie de capacité normale. Cystoscopie : au niveau de l'orifice urétéral gauche, on voit une masse arrondie lisse, largement pédiculée, formant une saillie intra-vésicale de 3 centimètres ; les parois se gonflent un peu avant l'éjaculation ; orifice urétéral rond.

A droite, une tumeur semblable, de même volume, plus tendue, qui paraît transparente ; on ne voit pas l'orifice urétéral.

Taille sus-pubienne. A l'incision de ces deux tumeurs, issue d'urines louches. Pas de calcul. Points de suture en couronne. On ferme complètement la vessie. Guérison.

Cystoscopie à la sortie. Les deux orifices urétéraux sont larges, entourés d'une collerette régulièrement sail-lante, bridée par quelques plis transversaux.

Cas de dilatation kystique due à un calcul

OBSERVATION V.

(Recueillie dans le service de M. le Prof. agrégé Gayet)

Cochard Marie, femme Billon, 33 ans, sans profession, entre dans le service parce qu'elle urine difficilement.

Dans sa jeunesse, de l'anémie, quelques palpitations cardiaques. A 21 ans, une fièvre muqueuse qui dure trente jours. Quelques années plus tard, une arthrite de la cheville droite de nature indéterminée. A 27 ans, douleurs abdominales vives du côté gauche, les urines deviennent troubles et forment un dépôt épais au fond du vase, mais la miction est facile, pas d'hématurie.

Quelques mois après un deuxième accouchement à 33 ans, apparaissent des hématuries assez fréquentes ; les urines sont rosées sans caillot, et on l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de calculs vésicaux.

A l'entrée, miction normale le jour, répétée deux ou trois fois la nuit, quelquefois brusquement interrompue ; pas de sang, mais les urines sont uniformément troubles. On sent le pôle inférieur du rein droit un peu douloureux. A gauche, le rein est descendu de trois travers de doigt au-dessous des fausses-côtes. Les uretères sont insensibles à la palpation.

La vessie est normale. Capacité, 300 grammes, rien au toucher vaginal et rectal.

Cystoscopie : A droite, immédiatement en arrière du col, un mamelon gros comme une phalange, un peu bosselé.

A gauche, une sorte de loge qui contient un calcul arrondi, lisse, blanc, du volume d'une noix.

Uretères invisibles.

Intervention le 19 septembre 1912 à l'anesthésie rachidienne. Taille sus-pubienne ; le calcul est enlevé à la tenette. On remarque une sorte de tumeur pédiculée flottant dans la vessie et sur cette tumeur se voit l'orifice urétéral droit sous forme d'une fente allongée et très perméable. Cette tumeur est réséquée à sa base, et une couronne de points au catgut fin réunit les deux muqueuses urétérale et vésicale. On observe une hémorragie en nappe inquiétante ; on fait un lavage chaud de la vessie ; l'hémorragie s'arrête ; la vessie est fermée par un double surjet, un d'adossement de la muqueuse, un autre à la Lambert. Suture du plan musculo-aponévrotique. On laisse une sonde vésicale à demeure.

La malade urine du sang dans la journée avec de très gros caillots ; les téguments sont pâles, le pouls filant. On réopère à 7 heures du soir. A l'ouverture de la vessie, on voit une hémorragie abondante au niveau de la section de l'uretère ; mais sous l'influence de l'ouverture de la vessie, l'hémorragie s'arrête spontanément. On laisse la vessie ouverte avec un gros tube de Freyer et un petit drain prévésical.

Les suites opératoires furent extrêmement simples. Le 11 octobre, la malade urinait seule et elle sort le 18, guérie.

**Cas de dilatation kystique avec malformation
de l'orifice urétéral, et formation secondaire
d'un calcul.**

OBSERVATION VI.

(due à l'obligeance de M. le docteur Rafin)

L. F..., 45 ans, employé des P. T. T., marié, père de trois enfants bien portants. A eu une fluxion de poitrine à 25 ans. A 39 ans, il commence à ressentir de la cuisson au bout du gland et éprouve des envies fréquentes d'uriner, l'urine est devenue trouble. Cette pollakiurie persiste pendant six mois avec des alternatives. Huit mois après le début, sans aucune douleur, les urines deviennent un jour hématuriques. A 44 ans, une colique néphrétique à gauche qui dure deux nuits et un jour.

A l'entrée à l'hôpital Saint-Joseph, il urine une fois par nuit. Ni la marche, ni la voiture n'influencent la miction pendant le jour. Les urines sont limpides ; ni albumine, ni sucre. Aucun culot.

Cystoscopie : L'examen cystoscopique révèle au niveau de l'orifice urétéral gauche une saillie de la grosseur d'une petite noix, à surface lisse, un peu mobile. On ne voit pas l'orifice urétéral gauche. L'orifice de l'uretère droit est un peu rouge.

Vessie normale. Rien à la palpation du rein. Hydrocèle des deux côtés, surtout à droite. Varicocèle à gauche.

Le malade est revu trois mois après, le 7 juillet 1912,

et raconte qu'il a eu, il y a trois semaines, des douleurs dans les testicules pendant huit jours, le jour seulement. Ces douleurs ne l'empêchaient pas de travailler. Pendant trois jours, le matin au réveil, il urine du sang en abondance ; dans la journée, les urines sont limpides ; le quatrième jour, il a eu des douleurs dans la région lombaire gauche, le soir et il a émis des urines noires très épaisses. On examine ses urines, on trouve des traces d'albumine, un culot où sont retrouvés des globules rouges et blancs. Pas de cylindres. Le rein gauche n'est pas douloureux à la palpation.

10 août 1912. — Le malade urine du sang depuis six jours sans souffrir nullement. Le soir et la nuit de ce jour, nouvelle émission de sang ; le lendemain, il accuse de la douleur au bout du gland et au niveau de son rein gauche, il émet un caillot au milieu d'urines claires, et peu après présente un accès de coliques néphrétiques qui dure une heure et demie. Après cette crise, les urines sont sanglantes et montrent des caillots de 5 à 6 centimètres de long.

13 août 1912.— Intervention sous anesthésie au Billroth. Position de Trendelenburg. Incision sus-pubienne médiane et longitudinale ; incision de la vessie, qui montre une petite saillie prostatique, et en dehors, au niveau de l'orifice urétéral gauche une tumeur, à travers la paroi de laquelle on voit par transparence un petit calcul. Pendant les manœuvres d'examen, la poche s'est vidée, sans qu'on ait vu l'urine sortir par un orifice quelconque.

Incision de la poche, extraction du calcul, qui était mobile. L'intérieur de la poche a l'aspect d'une muqueuse. Excision de toute la poche d'un coup de ciseau. On voit

alors l'orifice urétéral dans le cul-de-sac enlevé. On place une sonde à demeure dans l'uretère. On pratique un lavage vésical au nitrate et on referme.

Le 26 août, le malade urine seul. Le 31 août, les urines deviennent troubles, on commence des lavages au nitrate, mais la fièvre monte à 39°,7, on supprime les lavages.

Le 5 septembre, la plaie est cicatrisée, le malade sort le 22, guéri.

CONCLUSIONS

1° On doit admettre l'existence des dilatations kystiques intravésicales de la portion terminale de l'uretère, indépendamment des hydronéphroses qui peuvent les compliquer et des cas de dilatations dues à des calculs.

2° Les dilatations kystiques intra-vésicales de l'uretère doivent être encore plus rares que ne l'admettent certains auteurs, lorsqu'on les différencie du prolapsus de cet uretère.

3° Les dilatations kystiques intravésicales de l'uretère se rencontrent surtout chez les femmes et les jeunes sujets.

4° Il n'est pas rare de trouver d'autres malformations de l'arbre génito-urinaire en même temps qu'une dilatation kystique intravésicale de l'uretère.

5° Ces dilatations doivent être considérées comme la conséquence d'une malformation congénitale portant sur l'orifice urétéral et la paroi de la vessie, au niveau de l'abouchement de l'uretère.

6° Il est nécessaire de pratiquer systématiquement

la cystoscopie, dès qu'on se trouve en présence de troubles urinaires mal définis, pouvant faire penser à l'existence d'une dilatation kystique. Cette cystoscopie permettra de faire facilement le diagnostic.

7° Le diagnostic posé, le traitement chirurgical s'impose soit par la voie eudo-vésicale, soit par la voie sus-pubienne. Ce traitement a toujours été suivi d'excellents résultats.

Vu :

Le Président de la Thèse,

ROCHET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADRIAN. — *Langenbeck's Archiv.* LXXVIII, 3, 1906.
- ALBARRAN. — *Traité de Médecine opératoire des Voies Urinaires*, p. 483, 1909.
- BAZY. — *Supplément aux Ann. des Mal. des Org. Génit. Urin.*, juillet 1911.
- BORRMAN. — *Wirchow's Archiv.*, Bd. CLXXXVI, 25, 1906. — *Zentralblatt für Chirurgie*, p. 1389, 1906.
- BRINON H. — *Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère.* — Th. de Paris, 1896.
- BOSTROEM. — *Beitragè zur path. Anat. der Nieren.* — Hift I Fribùrg ù. Tùbingen, 1884.
- BURCKHARDT. — *Sur la dilation des Uretères et la dilatation kystique de leur portion terminale dans la vessie.* — *Zentralblatt f. Allgem. Path. ù. path. Anat.*, 1896.
- CAILLÉE. — *The amer. Journ. of the med. sciences*, 1888.
- COHN. — *Sur la dilation kystique de l'uretère dans la vessie.* — *Beitr. 3. Klin. Chir.*, Bd. XLI, p. 45, 1904. — *Deutch. med. Woch.* XXIV, p. 246, 1903.
- CODMAN. — *The Boston med. a surger. journ.* n° 22, 1908.
- CASPER. — *Sur le diagnostic et le traitement eudo-vésical des calculs de l'uretère.* — *Zentralbl. f. d. Kraukh. d. Harn. ù. sex. org.*, p. 885, 1907.

- DELORE et CARREL. — Hydronéphrose congénitale double, malformation de l'orifice uretéro vésical droit. — *Gaz. Hebd. de Med. et de Chir.*, 6 avril 1899.
- DESNOS et MINET. — *Traité des Mal. des Voies Urin.*, p. 1041, 1909.
- ENGLISCH. — Nitze Oberlanders Zentralbl. 1898. — Zentralbl. f. d. Kraukh. der Harn. u. Geschl. Org., Bd. IX, 1898.
- FENWICK. — Ureteric Meatoscopy in obsc. diseases of. the Kidney, London, 1903.
- FORSTER. — Des malformations humaines, Iena, 1861.
- FREYER. — *Lancet* 1897. Monatsbericht. f. Urol, Bd. 3, 1897.
- GEIPEL et VOLLENBERG. — Sur le prolapsus des dilatations kystiques de l'uretère à travers l'urèthre. — *Arch. f. Kinderheilk.*, Bd. XL, p. 57, 1904.
- GEERDTS. — Dissert. Kiel, 1887.
- GROSCLIK. — Etude des anomalies congénitales de l'uretère. — Monatsb. f. Urologie, 1901.
- HELLER. — Cité par Schwartz.
- HIBLER. — Prolapsus d'un uretère dilaté et kystique dans la vessie, l'urèthre et le vagin. — *Wiener Klinische Wochenschr.* 1903.
- KELLY. — *Médecine opératoire des Voies Ur.*, p. 483, 1901.
- KIENIG. — Sur la dilatation intermittente des orifices de l'uretère. *Müsch. med. Wochenschrift*, n° 50, 1904.
- KLOSE. — *Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd. 80, p. 209, 1906.
- KOLISKO. — Etude sur l'anatom. Path. des Uretères. — *Wiener Klin. Wochenschr.* 1889.
- LECHLER. — *Med. korrespondenzblatt des württem ärztl Vereines*, 1835.
- LEGUEU. — *Traité des M. des V. Urinaires*, 1909.
- LEJNEFF. — *Novoïe v Meditzinée*, St-Pétersbourg, t. V, n° 19, 1911.
- LILIENFELD. — Beitr. zur Morph. und Entwicklungsgesch. der geschlechts org. Marburg, 1856.
- LOREY. — Zentralbl. f. Allgem. Path. u path. Anat., Bd. XVII, p. 613, 1906.
- MARION. — Diagnostic cystoscopique des Tum. Vésicales. Supplément aux Ann. des Mal. g. Ur., juillet 1911.

- MASAKI O. — Kystes Vésicaux par Dilatat. en saillie dans la vessie de l'uretère. Th. Breslau, 1908.
- NEELSON. — Beitr. zùr path. Anat. der Ureteren Zieglers Beitr., 1885.
- PASTEAU O. — VIII sess. de l'Ass. Franç. d'Urol., p. 602, 1904.
— XVI sess. de l'Ass. Franç. d'Urol., 1912.
- PORTNER. — Monatsb. f. Urol., 1904.
- PIETKIEWICZ. — Zeitsch. f. Gynakol. t. II. — Journal de Chirurgie, mars 1911.
- ROCHET. — Uretérocèles vésicaux. Lyon Médical, 30 juillet 1905.
Société de Chirurgie de Lyon, 8 juin 1905.
- RENDU. — J. d'Urologie, mars 1912.
- SCHWARTZ. — Sur les abouchements anormaux des Uretères et leur traitement chirurgical. — Beitr. zùr Klin. Chir. XV, p. 159, 1895.
- SIMON. — Vorfall à Gangrau des erweiterten Ureterendes Zeitsch. f. Gyn. 1905.
- SIUNREICH. — Zeitsch. f. Heilkunde XXIII, p. 91, 1902.
- TANGL. — Virchow's Archiv., Bd. CXVIII, p. 414, 1896.
- TILP. — Prager med. Woch, n° 2, p. 327, 1906.
- TOBBEN. — Sur la dilatation kystique de la portion terminale de l'uretère. — Zeitsch. f. Heilkunde. Bd. XXII H. XI, p. 279, 1901.
- VEAU. — Gazette des Hôpitaux, 1897.
- WILDBOLZ. — Monatsb. f. Urol., Bd. IX, p. 196, 1904.
- WÜLF. — Sur l'opération des dilatat. kyst. de la port. terminale de l'uretère. — Zeitsch. f. Urol. H. VI, 1909.
- YOUNG. — Annals of surgery, p. 690, 1903.
- ZÜCKERKANDL. — Handbùch der Urologie, t. 2, p. 585.
-



Imprimerie DUCROS et LOMBARD. — Valence.



